



โรงพยาบาลหัวเฉียว  
HUA CHIEW HOSPITAL

665 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบฯ  
กรุงเทพฯ 10100 โทรศัพท์ 0-2223-1351  
665 Bumrungmuang Rd. Klongmahanak Pohnprab  
Bangkok 10100 Tel. 0-2223-1351

Name : นายสรวิชญ์ เจริญวิริยะไพบูลย์

HN : 51-027259

Visit Date : 17/06/2015

Birth Date : 27/05/1988

Allergies (แพ้ยา) :

Physician : นพ. อนุสรณ์ เลียวสุทธานาศ (FullTime ปกติ)

Department : คลินิกประกันสังคม

Age : 27 Y 0 M 21 D Sex : ชาย(Male)

Medical Certificate

MCENG58-025258

\*51-027259%17/06/2015%0209246-58%%3511%OPD05%43028\*

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง / ทันตแพทย์ ..... นพ. อนุสรณ์ เลียวสุทธานาศ(FullTime ปกติ) ..... แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง  
(Physician / Dentist Name)

สาขาเวชกรรม/ทันตกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทะเบียนเลขที่ ..... 43028 .....  
(Medical / Dental License No.)

ได้ทำการตรวจ นาย / นาง / นางสาว ..... นายสรวิชญ์ เจริญวิริยะไพบูลย์ .....  
( I have examined Mr./ Mrs./ Miss ) ( Patient )

มาได้รับการรักษา (Has been treated on)

☐ คนไข้นอก ( Out-Patient ) วันที่ ( Date of examination ) : ..... 17 มิ.ย. 58 .....

☐ คนไข้ใน ( In-Patient ) AN : ..... วันที่ (Date) : ..... - .....

อาการ (Chief Complaint) ..... ไข้ เจ็บ เจ็บคอ ปวดฟัน .....

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ..... ไข้หวัด .....

การรักษา / การตรวจวินิจฉัย (Treatment / Investigation)

☐ ให้ยา (Medication) ☐ เอกซเรย์ (X-Ray) ☐ การตรวจวิเคราะห์ (Lab)

☐ ทำแผล (Dressing) ☐ ทำกายภาพ (Physical Therapy)

☐ ทำหัตถการ (Procedure) .....

☐ ผ่าตัด (Surgery) .....

☐ อื่น (Other) .....

ความเห็นของแพทย์ (Recommendation)

☐ สมควรให้หยุดพักรักษาตัว (Patient Need to rest for) ..... 1 ..... วัน (Days)

ตั้งแต่วันที่ (From Date) ..... 17 มิ.ย. 58 ..... ถึงวันที่ (To Date) .....

☐ แนะนำ (Recommendation) .....

(ลงชื่อ) ..... อนุสรณ์ ..... แพทย์ / ทันตแพทย์ ผู้ตรวจ  
Signature ..... M.D. / D.D.S

( ..... นพ. อนุสรณ์ เลียวสุทธานาศ(FullTime ปกติ) ..... )

(ลงชื่อ) ..... อนุสรณ์ ..... ผู้รับการตรวจ  
Signature ..... Patient

( ..... )